

QUESTIONNAIRE CONFIDENTIEL DESTINE AUX PERSONNES HANDICAPEES

NOM ET PRENOM DU PATIENT

DATE DE NAISSANCE

PATIENTS mineur majeur sous curatelle sous tutelle

NOM ET PRENOM DU OU DES REPRESENTANTS LEGAUX

Si les parents, sont les représentants légaux du patient, les parents sont-ils seul unis séparés ?

En cas de séparation des parents, l'accord écrit des deux parents sera nécessaire pour certains traitements dentaires .

En cas de tutelle, l'accord du tuteur sera nécessaire pour certains traitements dentaires.

ADRESSE POSTALE DES REPRESENTANTS LEGAUX

ADRESSE EMAIL DES REPRESENTANTS LEGAUX

TELEPHONE FIXE

TELEPHONE PORTABLE

NOM ET ADRESSE DE LA STRUCTURE D'ACCUEIL DU PATIENT

PERSONNE A JOINDRE

TELEPHONE DE CETTE STRUCTURE

QUELQUES QUESTIONS POUR PREPARER LA PREMIERE CONSULTATION

Le patient a-t-il déjà reçu des soins dentaires ?.....

Y a-t-il eu des problèmes particuliers ?.....

.....

Le patient est-il capable de se rincer seul la bouche (rincer et cracher) ?.....

Le patient se brosse-t-il seul les dents ?..... Sinon qui lui brosse-t-il les dents ?.....

A quelle fréquence les dents sont-elles brossées ?.....

Quel type de brosses à dents et dentifrice sont utilisés ?

Le patient a-t-il une alimentation particulière (régime, consistance) ?.....

Poids du patient.....

Nom du médecin traitant.....

Description du handicap.....

Réponse : oui ou non ?	Questions : le patient est-il concerné ou a-t-il été concerné par	Détails
	Des troubles cardiaques (malformation, prothèse.)	
	Des troubles de tension artérielle	
	Des problèmes digestifs	
	Des problèmes rénaux	
	Des troubles articulaires (prothèse, ostéoporose)	
	Des troubles pulmonaires ou respiratoires (asthme...)	
	Des troubles ORL (nez, gorge, oreille)	
	Des troubles au niveau des yeux (glaucome...)	
	Des maladies infectieuses (hépatites, VIH, SIDA)	
	Des problèmes de saignement	
	Des allergies (médicament, métaux, LATEX, autres...)	
	Des cancers ?avec radiothérapie ? chimiothérapie ?	
	Des troubles nerveux, une dépression ?	

	Du diabète (insulinodépendant ou non ?)	
	D'autres problèmes de santé ?	

La patiente est-elle enceinte ?..... ;

Le patient fume-t-il ? Quelle quantité ? Depuis quand ?

Le patient a-t-il été fumeur ?

Le patient a-t-il des problèmes avec l'alcool ou la drogue ?

Le patient est-il allergique à certains médicaments (œdème de Quincke, plaques...) ?.....

Est-il intolérant à certains médicaments (problèmes digestifs...) ?.....

Quels médicaments prend le patient ? SI POSSIBLE AMENER LE OU LES ORODONNANCES

.....
.....
.....
.

Nom et signature d'un représentant légal :.....

Fait à Le

Le représentant légal s'engage à signaler tout changement concernant l'état de santé du patient et ses éventuels nouveaux traitements.